

Катько В.А., Альхимович В.Н.,
Дмитракова Д.Г., Черевко В.М.,
Гриб М.А., Комаровский С.В

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

/ Минск /

В 1996-1997 годах в детском хирургическом центре г.Минска выполнено по экстренным показаниям 2412 аппендэктомий, в том числе у детей до 3 лет – 55 (2,3%), от 4 до 7 лет – 503 (20,9%) и от 8 до 14 лет – 1854 (76,9%). По поводу вторичного аппендицита при мезадените, первичном перитоните оперировано 207 (8,6%) детей, по поводу катарального аппендицита – 186 (7,7%), деструктивного – 2117 (87,8%) больных, в том числе с аппендикулярным перитонитом – 417 (17,3%). Плотный, сформированный аппендикулярный инфильтрат излечен консервативно у 9 (0,4%) детей. Однако, при выполнении операций рыхлый, формирующийся инфильтрат был обнаружен у 209 (50,1%) детей. Изолированный периаппендикулярный абсцесс наблюдали у 4 (0,9%), сообщающийся с брюшной полостью – у 22 (5,3%). Приведенные данные позволяют утверждать, что распространенное мнение о редкости отграниченного перитонита у детей – 0,5-2% – справедливо лишь без учета рыхлых, формирующихся аппендикулярных инфильтратов. У 55,9% детей в возрасте от 3 лет наблюдали осложненный острый аппендицит, что подтверждает сложность своевременной диагностики заболевания в этой возрастной группе.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 131 (5,4%) ребенка, в том числе раневые – у 77 (58,8%), брюшно-полостные – у 54 (41,62%) больных. В структуре раневых осложнений гнойно-воспалительные процессы составили 24,8%, геморрагические – 22,1%, лигатурные гранулемы и свищи – 10,1%, вентральные грыжи – 1,8%. В этой группе повторно оперированы 38 (29%) детей, результаты лечения хорошие, летальных исходов не наблюдали. В структуре 54 брюшно-полостных осложнений продолжающийся послеоперационный перитонит составил 23,9%, спаечная кишечная непроходимость – 14,7%, внутрибрюшное кровотечение – 2,7%. Повторные операции выполнялись у 33 (61,6%) детей. В исходе лечения осложнений в этой группе выздоровление у 47 (87,1%), временная социальная дезадаптация в связи с выведением кишечных свищей у 5 (9,3%). Умер один (1,9%) больной, госпитализированный и оперированный на 20-е сутки от на-

чала заболевания, летальность при остром аппендиците у детей в 1996-1997 годах составила 0,04%.

Наиболее значимыми факторами риска послеоперационных осложнений были установлены длительность болезни до операции свыше 18-24 часов, возраст до 3-5 лет, избыточная масса тела (10% и более от средней возрастной нормы), клиническая форма и стадии осложненного аппендицита и правильность их дооперационной диагностики, вид перитонеального экссудата, наличие и выраженность при перитоните изменений гемодинамики, дыхания и метаболизма. Несколько меньшее значение и влияние на частоту послеоперационных осложнений имели факторы риска операции — длительность, адекватность доступа оперативному приему и расположению червеобразного отростка, соответствие примененных методик санации брюшной полости и интраоперационной защиты раны клиническим формам острого аппендицита, аппендикулярного перитонита.

В связи с расположением аппендикса осложнения наблюдались при обычном, илеоцекальном — у 5,8%, тазовом — у 17,9%, ретроцекальном и ретролатеральном — у 11%, передневосходящем — у 17%, медиальном — у 24,4%, «левостороннем» — у 100% больных. При отсутствии сведений о расположении отростка осложнения имели место у 8% детей.

Причинами раневых и брюшно-полостных осложнений считали технические погрешности (45,3%), хирургические манипуляции (42,1%), прогрессирование воспалительного процесса (7,4%). Не установлены причины осложнений после 5 (3,8%) аппендэктомий. На роль фоновых состояний, сопутствующих заболеваний в возникновении послеоперационных осложнений указывается во многих публикациях, однако анализ материалов наших клинических наблюдений не дал убедительных оснований для выявления патогенетической связи абдоминальных осложнений с сопутствующими заболеваниями. Одна из причин — отсутствие объективных данных о динамике иммунной реактивности больного ребенка. Серьезной проблемой учета, анализа причин, прогнозирования и предупреждения послеоперационных осложнений явилось отсутствие их общепринятой классификации. Считаем, что актуальность этой задачи диктуется не только возможностью получения сопоставимых результатов, но и необходимостью реальной оценки эффективности используемых и предлагаемых способов профилактики осложнений.